

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

529

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

L. BRESSELLE

Ancien interne à l'Asile de convalescence des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

LE DOIGT HIPPOCRATIQUE
DANS LES FORMES CLINIQUES
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

Juges : { *M. DEBOVE, professeur.*
MM. ACHARD, BEZANÇON, agrégés.

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	DEJERINE.
Clinique médicale	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAX.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TERRIER.
	{ BERGER.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	{ BUDIN.
	{ PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des travaux anatôm.).
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEPAGE.	THIERY.
BESANÇON.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA Augusto.	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA André.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	REMY.	WALTHER.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DESCREZ.			

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153527_0027

C'est durant l'année si fructueuse que je passai comme externe chez M. le D^r Bezançon, à la consultation médicale de l'hôpital Boucicaut, que mon chef fit naître en mon esprit l'idée d'un travail sur le doigt hippocratique. C'est pour moi un agréable devoir que de l'en remercier ici et de lui dire en outre quelle reconnaissance je lui garde, de l'éducation clinique qu'il me donna et de la bienveillante amitié dont il lui plut de m'honorer.

Un tout spécial merci à mon collègue d'alors resté depuis mon ami, M. I. de Jong, interne des hôpitaux qui a bien voulu me laisser puiser parmi ses observations prises à Boucicaut, à Lariboisière et à la Salpêtrière, celles qui pouvaient m'être utiles au point de vue de cette étude.

M. le D^r Bezançon et M. de Jong ont fait, le 24 juin, à la Société médicale des hôpitaux une communication importante sur le doigt hippocratique, communication à laquelle j'ai fait de nombreux emprunts.

Qu'il me soit permis enfin de témoigner à M. le professeur Chantemesse, qui a consenti à présider cette thèse, la vivacité du souvenir que je garde de l'année que je passai, comme externe, dans son service des typhiques, au Bastion 29.

HISTORIQUE

Sans parler du « *Tabidis unguis adunci* » d'Arétée de Cappadoce, sans s'arrêter aux deux passages de ses ouvrages où Hippocrate note cette déformation, on peut dire que le doigt hippocratique a toujours été remarqué chez les tuberculeux par les anciens auteurs. Ils n'ont d'ailleurs attaché d'ordinaire qu'une importance toute secondaire à ce symptôme. Il faut citer comme s'étant occupés de la question, les noms de Sauvage, de Double, de Pâtissier, dans le Dictionnaire des sciences médicales, de Blandin dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie, de Faye dans sa thèse de 1822. C'est à cette époque, que Pigeaux insiste sur la valeur pronostique et diagnostique de cette déformation. Trousseau en poursuit l'étude en 1834. Après eux, on peut citer le travail de Labalbay, puis celui de Meillet qui, en 1874, consacre au doigt hippocratique un chapitre de pure description dans sa thèse. Plus importante est l'étude d'Esbach lorsqu'il s'occupe des « Modifications de la

phalangette dans la sueur, le rachitisme et l'hippocratisme. » Mais cette description est gâtée par le nombre des types d'ongles qu'il décrit. De plus, tout en admettant l'origine hématosique de l'affection, Esbach insiste surtout sur la « déchéance organique et la misère physiologique » des malades qui en sont atteints. Avec les études sur l'acromégalie, la maladie de Paget, renaît l'intérêt des travaux concernant les extrémités et, en 1890, paraît l'article de M. P. Marie, sur l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique. Ce dernier auteur rapproche les doigts hippocratiques de ceux de ses ostéo-arthropathiques ; il en fait deux états successifs d'une même affection.

Quant au doigt hippocratique lui-même, il est étudié à nouveau par Galaine en 1895, par Serres en 1896, par Mayeux et Labut surtout au point de vue clinique, cependant que la radiographie appliquée à l'étude de la déformation permet en quelque sorte de faire son anatomie pathologique sur le vivant.

Signalons enfin le travail de Pichard, en 1899, sur la déformation des doigts survenant au cours de certaines maladies de l'appareil respiratoire.

DESCRIPTION

La tradition fait du doigt hippocratique un symptôme banal de la phtisie avancée et les ouvrages classiques le décrivent parmi les signes qui constituent l'habitus extérieur du tuberculeux cavitare. Un simple examen de tuberculeux pris au hasard, montre que c'est là une opinion inexacte, et que, le doigt hippocratique ne s'observe au cours de la tuberculose que dans certaines conditions spéciales que nous essaierons de mettre en relief. Certaines de ces conditions n'avaient pas échappé à la sagacité des anciens cliniciens, et en 1832, Pigeaux, notamment avait déjà remarqué son apparition dans les formes de phtisie accompagnée de gêne respiratoire. Avant lui et depuis Hippocrate, on s'était borné à en noter la coïncidence avec la tuberculose. Depuis, la question était restée complètement dans l'oubli ; et, ce n'est que tout récemment, dans la thèse de Pichard, inspirée par M. Bécclère que les rapports de la tuberculose et du doigt hippocratique, furent à nou-

veau mis en lumière. En effet, si dans ces dernières années, le mémoire de M. Pierre Marie, sur l'ostéoarthritis hypertrophiante pneumique, a suscité un certain nombre de travaux sur le doigt hippocratique, les auteurs, préoccupés seulement d'établir un rapprochement, injustifié d'ailleurs, entre les deux déformations, ont laissé de côté la valeur séméiologique de l'hippocratisme dans la tuberculose.

A ce point de vue, et d'une façon systématique, un certain nombre de malades ont été examinés. Pour les uns, l'examen des doigts a été fait sans que l'on ait connaissance du degré ou de la forme des lésions tuberculeuses ou autres présentées par eux. Ce n'est qu'après l'examen objectif des déformations digitales que l'on a fait l'étude clinique des malades ou parcouru leurs observations. Pour les autres, les deux modes d'investigation ont été menés de front.

Mais avant de rechercher dans quelles formes de tuberculose pulmonaire s'observe l'affection qui nous occupe, il est nécessaire de revenir sur sa description et de la préciser. On est, en effet, surpris de voir le peu de développement donné par les auteurs à l'étude de ce symptôme dans les traités classiques.

Le doigt normal va, en s'effilant, de sa racine à son extrémité. Ce qui caractérise le doigt hippocratique, c'est qu'il cesse de s'effiler au niveau de la 3^e phalange, que celle-ci termine le doigt par une masse renflée et

qu'on a, par suite, l'impression d'un rétrécissement au niveau de l'articulation phalangetto-phalangienne. C'est ici le moment de reproduire les descriptions données par Pigeaux et par Trousseau.

Pigeaux, dans les *Archives générales de médecine* de 1832, dit :

« Les doigts à l'état normal, représentent un cône tronqué dont la base repose sur l'articulation métacarpo-phalangienne et le sommet se trouve à l'extrémité de la pulpe des doigts. Chez ceux qui, au contraire, présentent le développement fusiforme en question, le sommet du cône précité s'arrête au niveau de l'articulation de la 2^e avec la 3^e phalange. Il se trouve surmonté de la dernière section du doigt, assez régulièrement développée en forme de fuseau. La tuméfaction commence à l'articulation, s'accroît jusqu'à la racine de l'ongle qui devient la partie la plus saillante. Elle va ensuite en diminuant jusqu'au bout du doigt. L'index et le pouce en sont d'abord atteints dans la plupart des cas; le médius, l'auriculaire et l'annulaire se développent ensuite. Lorsque les trois premiers doigts d'une main présentent cet état pathologique, les deux premiers de l'autre ne tardent pas à se tuméfier, si le développement n'a pas été simultanée dans les deux membres, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire.

« Quelquefois rapide dans sa marche progressive, il

parvient avec la tuberculose aiguë en quelques semaines à son plus haut point d'accroissement...

« Il m'a paru plus commun chez les femmes que chez les hommes. Mon relevé me donne les proportions de 15 à 10; bien que le nombre des hommes soumis à mon observation, eu égard à celui des femmes, fût 1 à 3. Toujours au moins son accroissement a été insensible; jamais je ne lui ai vu déterminer de douleur.

« Il n'en est pas de même aux pieds, qui, à vrai dire, en sont bien moins souvent le siège. Le gros orteil fait presque exception. La tuméfaction de sa pulpe est quelquefois très considérable; elle se reporte fortement sur les côtés, déborde l'ongle et produit l'altération connue sous le nom « d'ongle rentré dans les chairs » par un mécanisme précisément opposé à celui qu'on expose journellement. »

Trousseau à son tour, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, en juillet 1834, compare une main normale à une main hippocratique :

« Lorsqu'on examine, dans son ensemble, la main hippocratique, on est frappé sur le champ, de la forme moussue de l'extrémité des doigts; la dernière phalange est plus courte, plus large et arrondie en massue. Dans l'autre main, au contraire, la dernière phalange est étroite, longue et mince.

« Vu en arrière, le doigt régulier représente assez bien un cylindre, qui va diminuant de diamètre jusqu'à

l'extrémité de l'ongle; mais cette disposition n'existe pas dans le doigt hippocratique. Le cylindre diminue comme dans l'autre cas, de la base du doigt à l'extrémité de la 2^e phalange; mais, arrivé là, il grossit de nouveau jusqu'au milieu de la dernière phalange, pour se terminer en un bout arrondi. Cette conformation s'observe beaucoup mieux encore en regardant les deux doigts indicateurs de profil.

« Si maintenant nous prenons isolément cette dernière phalange, nous voyons que son diamètre antéro-postérieur est notablement augmenté par le développement considérable de la pulpe du doigt, développement qui contraste avec la maigreur du reste de la main des phtisiques. »

On voit donc que la déformation est surtout marquée au niveau de la phalangette et qu'elle se présente là sous deux aspects différents.

Dans l'un que l'on pourrait appeler le « type Pigeaux » l'aspect est en « baguette de tambour ». « La tuméfaction commence à l'articulation, s'accroît jusqu'à la racine de l'ongle qui devient la partie la plus saillante; elle va ensuite en diminuant jusqu'au bout du doigt ». L'ongle est bombé, très convexe dans tous ses diamètres.

Dans l'autre, décrit par Trousseau, la phalangette est augmentée de volume dans tous ses diamètres, et le doigt, à partir de l'articulation phalangetto-phalangi-

nienne augmente progressivement, l'extrémité libre étant, non plus effilée, mais presque épaissie, presque carrée parfois. C'est là le doigt « en battant de cloche » « en massue ».

Mais, dans les deux types, ce qui est constant, c'est l'état lisse de la peau qui recouvre la matrice unguéale et le soulèvement de cette région. Comme l'ont bien montré Esbach et après lui Géraud : « Si l'on regarde de profil un de ces doigts posé à plat sur un plan horizontal, on remarque qu'il y a bascule de l'ongle, c'est-à-dire que sa base est plus élevée quelquefois d'un demi-centimètre que son extrémité. »

L'ongle et la région de la matrice unguéale sont toujours déformés : la pulpe l'est plus ou moins, et c'est du degré de déformation de la pulpe que dépendent les différents aspects observés.

Les déformations de l'ongle consistent en augmentation de la courbure dans tous les diamètres. Celle du diamètre antéro-postérieur semble prédominer sur les autres, mais il n'y a peut-être là qu'une apparence due au soulèvement de la matrice unguéale. Quand cette augmentation du diamètre antéro-postérieur est très marquée, ou a l'aspect en « bec de perroquet » ; surtout net dans le type Pigeaux. Au contraire, dans le type Trousseau, où les parties molles de l'extrémité de la phalange sont particulièrement hypertrophiées, l'augmentation du diamètre transversal donne souvent l'aspect dit « en verre de montre ».

Parfois l'ongle présente de légers troubles trophiques, taches blanches, stries, cannelures. Jamais ils ne sont très marqués en dehors de raisons d'ordre professionnel.

Les parties molles de la matrice unguéale sont presque toujours rosées ou cyanotiques. Souvent l'ongle lui-même est plus ou moins cyanosé. La lunule est presque toujours disparue, comme l'a bien montré Esbach. Enfin, quand on palpe l'extrémité du doigt hippocratique, on ne réveille jamais de douleur locale; jamais non plus, il n'existe d'impotence fonctionnelle des doigts consécutive à cette déformation.

Les deux types que nous avons décrits, ne sont pas d'égale fréquence. Le doigt en baguette de tambour, (type Pigeaux) est celui que l'on rencontre le plus souvent contrairement à l'opinion de Trousseau. Le doigt à extrémité moussue qu'il a décrit, est peut-être en rapport, soit avec l'intensité des lésions causales de la déformation, soit avec la profession du malade, soit avec une disposition congénitale. C'est ainsi qu'il semble que cette forme en massue se rencontre de préférence chez les individus dont les professions, toujours manuelles, exigent des efforts considérables ou répétés des extrémités digitales.

La déformation de l'ongle est peut-être donc plus importante que celle des parties molles. Elle est peut-être la déformation de début et on pourrait décrire un troisième type, d'hippocratisme léger, donnant simple-

ment l'aspect hippocratique, où il y aurait soulèvement de la matrice unguéale, disparition de la lunule, allongement apparent ou réel du diamètre antero-postérieur de l'ongle.

Pour compléter cette description, il faut noter que l'hippocratisme existe généralement aussi au niveau des orteils ; mais les deux premiers sont souvent seuls atteints. Le gros orteil présente naturellement, presque uniquement la déformation en massue, ce qui vient encore justifier l'opinion que ce sont des causes extrinsèques et secondaires qui créent surtout les aspects différents des doigts hippocratiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du doigt hippocratique n'a pas été autant étudiée qu'on pourrait le croire pour une lésion si commune et cela tient surtout à la difficulté très réelle de prélever un segment de membre au cours des autopsies.

Il faut ici encore avoir recours aux travaux de Pigeaux et de Trousseau.

Pigeaux écrit dans l'article auquel nous avons fait un emprunt au sujet de la description du doigt hippocratique :

« L'ongle, séparé du doigt, est peu recourbé; on voit distinctement l'influence de l'élévation de la racine sur le recourbement du bord libre; la pulpe du doigt est assez dense, assez généralement injectée ou infiltrée d'une sérosité plus ou moins teinte de sang; le tissu cellulaire graisseux y prédomine, surtout à la face palmaire. La peau m'a paru un peu plus épaisse que dans l'état normal. Les os ne sont altérés ni dans leur

forme, ni dans leurs rapports, ni dans leur consistance. »

Trousseau insiste également sur ce fait que « le tissu lamineux situé à la base et sous la racine de l'ongle, est lui-même hypertrophié. Il en résulte que la racine de l'ongle est d'autant plus éloignée de l'os, et cet éloignement est tel qu'on la sent basculer lorsque l'on presse sur la face dorsale de la phalange ».

Kölliker, cité par Esbach, aurait trouvé des oblitérations vasculaires du lit de l'ongle chez les tuberculeux hippocratiques.

Il est bon de citer quelques passages de la thèse d'Esbach lui-même :

« L'hypertrophie de la matrice unguéale, dit-il, quelle qu'en soit la cause, détermine l'apport d'une plus grande quantité de plasma; il en résulte une formation plus active de cellules épidermiques; il y a augmentation de la courbure transversale. Un mécanisme analogue augmentera la courbure ou incurvation longitudinale à cause de la distribution particulière de l'hypertrophie hippocratique de la matrice qui prédomine au milieu de sa longueur...

« Si le plasma est abondant, il est en même temps plus pauvre en matériaux albuminoïdes; la production parasitaire est plus active mais le produit n'offre plus la même qualité de résistance... il y a une porosité particulière, car, mis dans l'alcool les ongles hippocratiques se sont gonflés beaucoup plus que les autres. »

Esbach signale enfin la disparition de la lunule et la

présence de rayures longitudinales très uniformes dues à l'hyperthrophie des papilles du derme.

Plus récemment, Sabrazès, cité par Labut, aurait constaté une disposition variqueuse du réseau veineux et de l'hypertrophie du tissu cellulaire.

Enfin dans le traité de médecine de Brouardel et Gilbert, Merklen relève des modifications de structure et de calibre du système veineux provenant directement des anomalies cardiaques.

Les capillaires cutanés, surtout au niveau des extrémités digitales, sont dilatés et flexueux, contribuant à les déformer en spatule; la radiographie ne révèle pas de tuméfaction osseuse phalangienne.

Si les constatations anatomo-pathologiques sont rares, les examens radiographiques sont fréquents et les auteurs sont unanimes à reconnaître que l'hypertrophie porte uniquement sur les parties molles et qu'il n'existe pas de lésion osseuse appréciable.

Chez l'enfant examiné par M. de Jong, dans le service du docteur Voisin, et dont on trouvera plus loin l'observation, la radiographie donne aussi le même résultat.

C'est là un point important du doigt hippocratique; nous pouvons, en tenant compte de ce fait et de l'absence constante de douleurs, écarter déjà l'hypothèse d'une lésion osseuse causale.

C'est en nous appuyant d'une part, sur ce bref

exposé d'anatomie pathologique, d'autre part sur les statistiques étiologiques des auteurs et sur nos statistiques personnelles que nous pourrons dégager les déductions pathogéniques de cette étude.

ETIOLOGIE ET STATISTIQUES

Comme nous l'avons dit au chapitre précédent, une partie des malades trouvés porteurs de doigts hippocratiques ne furent examinés au point de vue clinique que lorsque leur déformation eut été auparavant étudiée. Chez certains d'entre eux, on ne trouva, comme on le verra tout à l'heure, aucune lésion tuberculeuse pulmonaire, chez d'autres, on se trouva en face de formes de bacillose des plus variées. Etais-il donc impossible de rattacher le doigt hippocratique à une cause univoque?

C'est ce que nous allons essayer de vérifier en réunissant d'abord les statistiques des anciens cliniciens, à ce propos, en dehors des cas de tuberculose et en y ajoutant la nôtre. Nous ferons le même travail pour les hippocratiques tuberculeux et de ce chapitre étiologique, nous essaierons ensuite de tirer des déductions pathogéniques. Revenons à la communication de Pigeaux :

« Dans l'espace de quelques mois, j'examinai attenti-

vement, environ 200 mains de tuberculeux des moins équivoques. Je les notai par des signes spéciaux sur un relevé préparé *ad hoc*, suivant qu'elles étaient ou non armées de griffes hippocratiques; 167 individus, d'après le tableau, en furent trouvés porteurs...

« De nouvelles recherches me parurent nécessaires (pour démontrer que tous les tuberculeux n'ont pas les ongles recourbés). Deux années m'ont à peine suffi. Elles m'ont enfin appris que, spécialement considéré chez des individus non tuberculeux quoique réduits à l'état d'amaigrissement extrême, le recourbement des ongles se rencontrait à peine dans un dixième des cas et seulement chez le tiers des malades amaigris, si l'on faisait abstraction des lésions organiques dont ils étaient atteints...

« J'ai dit précédemment avoir rencontré 17 personnes sur 183 (1 dixième environ) qui quoique non tuberculeux avaient présenté le recourbement des ongles à un degré très marqué; en repassant les particularités de leurs observations, je trouvai :

neuf affections organiques du centre circulatoire;

quatre emphyèmes;

deux catarrhes chroniques compliqués d'asthme;

deux cas où l'altération organique principale n'avait pas été précisée.

« Une gêne sensible de la respiration avait été notée 13 fois. Je la trouve indiquée dans presque toutes les cases des 167 tuberculeux consignés dans mon premier

tableau, à l'exclusion presque générale de ceux qui n'avaient pas les ongles recourbés.

« Il y a présentement 3 ans que mes notes ont été commencées; et chaque jour, de nombreuses observations viennent me convaincre de l'évidence de l'influence qu'ont la gêne de la respiration, de la circulation, et en général, de tout vice de l'hématose, sur le recourbement des ongles, ou du moins, sur la production médiate de ce phénomène, par l'intermédiaire du gonflement fusiforme de la dernière phalange des doigts...

« De nouvelles observations ont depuis changé en certitude ce qui n'était alors qu'une présomption. Ayant rencontré d'une part des ongles recourbés sans émaciation et grand nombre de gens amaigris qui ne les avaient pas, je portai mes regards sur l'influence que pouvait avoir dans la production du phénomène, le développement fusiforme de l'extrémité des doigts qui, dans mes notes statistiques, l'accompagnait constamment. Je cessai bientôt de considérer cette particularité comme le résultat ou l'effet du recourbement des ongles. Occupant le rôle principal, je le vis refouler excentriquement la matrice et surtout la racine de l'ongle et pouvant exister en l'absence même de cette plaque cornée. Tout devenait par là facile à expliquer : un vice ou une altération notable, soit dans la respiration, soit dans la circulation, trouble l'hématose, occasionnant un gonflement œdémateux des extrémités des doigts et surtout de la pulpe de ces parties, avec plus

ou moins de facilité suivant l'idiosyncrasie des sujets; l'ongle en totalité se trouvait mécaniquement repoussé; sa racine, soulevée, faisait basculer, et par suite recourber son bord libre qui simulait alors une griffe d'animal. »

Trousseau se montre fort réservé dans son appréciation. Il déclare « qu'il ne cherchera pas à expliquer comment l'extrémité des doigts des phtisiques acquiert ce développement ». Et plus loin, il ajoute que « sur un grand nombre d'individus qui ne présentaient aucun symptôme de phtisie, deux seulement avaient la main hippocratique.

Vernois cité par Esbach, donne les résultats suivants :

Sur 276 individus examinés avec soin, 188 avaient des ongles normaux et 88 des ongles recourbés. Sur les 88 ongles hippocratiques, il n'y a que 36 phtisies pulmonaires (Esbach s'étonne de cette faible proportion et fait remarquer que Vernois ne compte comme phtisiques que ses tuberculeux aux 2^e et 3^e degrés). Pour le reste, Vernois donne 32 scrofuleux et 10 tuberculoses diverses. En dehors donc de la scrofule et du tubercule, il subsiste 18 cas dont nous n'avons malheureusement pas le détail.

Esbach lui-même a donné la statistique que l'on va lire :

469 individus adultes au-dessous de 45 ans ont été interrogés et examinés. Quelques exceptions ont été faites jusqu'à 50 ans pour des sujets dont la main était bien conservée.

Sur ces 469 sujets, il y en a 347 qui n'ont rien présenté et 122 hippocratiques de tous degrés.

Sur les 122 hippocratiques, 75 sont tuberculeux et 7 sont catalogués comme « tuberculeux à venir? » Quant aux autres, ils se répartissent ainsi :

Emphysème et bronchite chronique.....	1
Cardiaques.....	7
Tumeurs blanches.....	2
Suppurations osseuses.....	3
Cirrhose du foie.....	1
Albuminurie de Bright.....	2
Cancer du foie, du sacrum.....	2
Chorée.....	1
Hémiplégie gauche.....	1
Pleurésies purulentes anciennes.....	2
Mal de Pott.....	2
Ulcère variqueux (convalescence).....	1
Affections utérines chroniques.....	6
Névralgies?.....	1
Abcès péri-anal (hérédité suspecte).....	1
Phlegmon iliaque (cachexie).....	1
1 ^{re} attaque de rhumatisme.....	2
Fistules multiples urèthre (3 ans).....	1

Hypertrophie de la rate (35 centimètres)..	1
Cachexie palustre	1

Géraud qui dans sa thèse de 1898 fait du doigt hippocratique et de l'ostéo-arthropathie-hypertrophiantepneumique une même affection dont le doigt hippocratique représenterait le début et l'ostéo-arthropathie, la période d'état, dit, examinant 48 cas d'hippocratisme chez des sujets pris au hasard :

Nous arrivons à former ainsi le tableau suivant :

Pleurésie purulente.....	13 cas (6 avec fistule permanente).
— séro-fibrineuse...	4 —
Dilatation bronchique.....	6 —
Catarrhe —	1 —
Tuberculose pulmonaire...	8 —
Sarcôme — ..	2 —
Cancer — ..	1 —
Cardiaques	5 —
Pyélo-néphrite.....	1 —
Dysenterie	1 —
Arrêt de développement ..	1 —
Syringomyélie.....	1 —

Enfin Pichard (Th. de Paris 1899) après avoir cité Pigeaux, Trousseau et les conclusions de Vernois ajoute :

« Nous avons fait à notre tour une statistique portant

sur 235 malades des services de MM. Gaucher, Béchère et Sirédey à l'hôpital St-Antoine.

Parmi ces malades pris au hasard, 51 avaient des doigts hippocratiques plus ou moins accusés.

Les malades examinés comprenaient 70 tuberculeux pulmonaires. Mais 28 de ces tuberculeux n'avaient aucune déformation. Les 42 autres étaient pour la plupart porteurs de tuberculoses à évolution lente et déterminant de la gêne respiratoire; 34 d'entre eux présentaient des cavernes.

Les autres affections accompagnant les déformations hippocratiques étaient :

Pleurésies, 4, dont 2 anciennes et enkystées.

Abscès froid pleural, 1.

Asystoliques ayant d'ailleurs des signes de congestion pulmonaire, de l'emphysème, ou de la bronchite chronique, 3.

Pyopneumothorax-sous-phrénique, 1.

Voici maintenant la statistique des malades non tuberculeux, prise dans le service du docteur Letulle à l'hôpital Boucicaut.

Au pavillon A : six hippocratiques non tuberculeux sont atteints de :

Fièvre typhoïde en convalescence..... 1

Maladie mitrale à la période d'asystolie à
forme hépatique..... 1

Pneumonie chronique (examen des crachats

toujours négatif au point de vue bacille de Koch.	1
Asthme ancien compliqué d'emphysème.	2
Pleurésie purulente droite en convalescence datant de 18 mois (inoculation au cobaye toujours négative).....	1

A la consultation de l'hôpital Boucicaut on trouve en outre 3 emphysemateux simples et une ancienne pleurésie sans bacilles de Koch présentant des doigts hippocratiques.

Quand aux malades hippocratiques et tuberculeux, les lésions qu'ils présentaient sont tellement variées qu'il nous faut en exposer le détail.

Dans le service du docteur Letulle au même pavillon A :

12 hippocratiques tuberculeux :

à marche rapide et lésions des deux poumons.	2
à tuberculose ancienne et avancée avec dyspnée	2
avec emphysème.	1
avec laryngite	5
avec pleurésie en évolution et hydarthrose...	1
en pleine hémoptysie (pas d'interrogatoire) ..	1

Au pavillon B. 30 malades tuberculeux ont été examinés, 16 ont de l'hippocratisme.

Tuberculeux : avec emphysème.....	5
— avec laryngite	3
— forme fibreuse avec pleurésie ancienne certaine.....	3
— à évolution lente, à forme fibreuse, pas de râles, bon état général, modifications du murmure vésiculaire plus ou moins étendues.....	5

Sur ces 5 derniers, 3 ont peu de lésions à l'auscultation, malgré un début remontant de 3 à 6 ans; 2 ont des signes diffus des 2 poumons.

Il faut remarquer que tous ces malades n'avaient pas des déformations également prononcées. Quelques-uns avaient peu d'hypertrophie des parties molles, mais surtout un aspect hippocratique de l'ongle. Les lésions les plus marquées se voyaient chez des malades ayant une tuberculose compliquée d'emphysème et dont le début remontait à de longues années. Les lésions les moins marquées existaient chez des malades porteurs de signes peu précis à l'auscultation et d'un minimum de signes fonctionnels. Ceux-là étaient en traitement depuis à peine deux ans. Le plus souvent, la dyspnée est notée dans leurs observations. Par contre, deux malades à tuberculose subaiguë, avec fièvre élevée, râles sous-crépitaux, et un malade pleurétique en pleine évolution, n'ont pas présenté d'hippocratisme.

A la consultation de Boucicaut, à Lariboisière et dans d'autres hôpitaux, 21 sujets ont encore été examinés. 12 d'entre eux avaient une déformation hippocratique moyenne; chez 9 autres la déformation était fort accusée.

Sur les 12 malades à déformation moyenne, 4 nous sont déjà connus, ce sont les 3 emphysèmes simples et la pleurésie ancienne.

Les 8 qui restent se répartissent ainsi :

Tuberculose avec emphysème.....	2
— — laryngite	2
— diffuse.....	1
— artér. sclér. et adénite	1

Des deux derniers malades, l'un avec tachycardie, cyanose, dyspnée très prononcée ($R = 42$) revenant des colonies, affirmait que son affection remontait à 6 mois. Il avait des signes diffus de bronchite avec des régions étendues de silence respiratoire absolu. L'autre se plaignait de souffrir depuis 8 ans d'une bronchite chronique, due peut-être à son métier de meunier.

Les 9 tuberculeux à déformations très prononcées, avaient des phalanges ressemblant à celles des ostéoarthropathies :

Tuberculeux avec laryngite.....	1
Tuberculeux à évolution lente, avec lésions dif-	

fuses des 2 poumons. Forte dyspnée et tirage sus-sternal. (R. = 34) (R. = 42)..	2
Tuberculeux à évolution lente (forme fibreuse)	3
Tuberculeux à évolution assez rapide avec laryngite otite, fistule anale, dyspnée, lésions pulmonaires diffuses.....	1

Enfin, deux malades ont une observation particulièrement instructive.

Le malade T... que l'on soigne depuis 15 ans pour une tuberculose pulmonaire, vient le 9 juin 1903 à la consultation de l'hôpital Boucicaut ayant l'apparence typique de l'asystolique. Il a de l'arythmie cardiaque, un foie énorme, de l'albumine dans les urines, de l'œdème des malléoles. L'histoire du malade fait porter le diagnostic de bacillose fibreuse avec retentissement sur le cœur et dilatation secondaire. On obtient en effet une grande amélioration par la digitale et le repos complet. A l'examen bactériologique, on trouva dans les crachats de très nombreux bacilles de Koch. Le type des doigts était l'hippocratisme en massue de Trousseau (type très marqué).

La petite malade M... (voir observations) est une enfant épileptique soignée à la Salpêtrière dans le service du docteur Voisin. Ses premières déformations digitales apparurent en 1901 à la suite d'une

broncho-pneumonie (mois de janvier). Depuis cette époque elle tousse et fait par moments des poussées fébriles aiguës. Elle est de plus dyspnéique et les déformations ne cessent d'augmenter parallèlement aux lésions du poumon. En mai 1903, lésions pulmonaires très étendues avec signes cavitaires aux sommets et surtout signes physiques et fonctionnels d'une adénopathie trachéo-bronchique considérable avec dyspnée, œdème de la tête et du thorax. Les phalangettes sont énormes et semblent comme des fruits appendus aux doigts. Au pied, les 3 premiers orteils aussi avaient leurs ongles déformés. Aucune douleur n'est éveillée par la palpation. On fait une radiographie et l'on constate que l'os est normal et que les parties molles sont seules hypertrophiées.

En juin 1903, mort. A l'autopsie on trouve une tuberculose étendue des deux poumons et une grosse adénopathie trachéo-bronchique droite.

Ses malades femmes enfin, atteintes de tuberculose à marche aiguë ou subaiguë avec fièvre hectique, ne présentaient aucune déformation hippocratique.

Il nous fut donné de voir à l'asile des convalescents de Saint Maurice quatre malades emphysémateux et sans aucune trace de tuberculose, porteurs eux aussi de doigts hippocratiques à différents degrés. Leurs observations figurent à la suite de celles recueillies dans les hôpitaux de l'Assistance Publique.

DÉDUCTIONS PATHOGÉNIQUES

Il semble lorsque l'on étudie de près les différentes statistiques que nous venons de parcourir, que l'on puisse déduire des renseignements assez précis sur la prédominance de l'hippocratisme chez trois groupes de tuberculeux.

1° Ce sont d'abord des tuberculeux dont la maladie évolue très lentement. Ceux-ci rentrent dans le cadre de ce que l'on a nommé : la tuberculose fibreuse. Si quelquefois, ils présentent des signes de ramollissement en un point quelconque d'un sommet, on trouvera ailleurs, soit des modifications du murmure vésiculaire qui caractériseront l'emphysème, soit, par place, du silence respiratoire. Ce sont ces malades qui ont eu une bronchite, une pleurésie dite *a frigore*, une hémoptysie plusieurs années auparavant ; on rencontre souvent chez eux la dyspnée d'effort, souvent aussi, ces crises d'étouffement nocturnes des emphysémateux.

Chez ces malades, il arrive même que le processus

de sclérose pulmonaire et d'emphysème domine la scène, retentisse sur l'organe central de la circulation. On voit alors les sujets arriver aux consultations porteurs de tels symptômes que l'on porte d'emblée le diagnostic d'asystolie, justifié d'ailleurs par les bons résultats que donne le traitement cardiaque.

2° Ce sont ensuite des tuberculeux faisant des lésions diffuses, disséminées d'emblée dans les deux poumons, où l'on trouve, en plusieurs points des signes de congestion. Souvent, une adénopathie trachéo-bronchique surajoutée augmente encore la gêne respiratoire. D'après Bécclère, chez ces malades, la tuberculose a une marche relativement rapide. Chez eux la dyspnée est toujours nette, la cyanose habituelle.

3° Ce sont enfin des tuberculeux présentant une laryngite surajoutée à leurs manifestations pulmonaires. Dans ces observations, on voit signalée l'infiltration de l'espace inter-aryténoidien et des cordes vocales.

D'autre part, si l'on passe en revue les circonstances étiologiques dans lesquelles apparaît l'hippocratisme, en dehors de la tuberculose qui en est certainement le facteur principal, nous voyons qu'il s'observe encore dans d'autres affections de l'appareil pleuro-pulmonaire. On cite toujours depuis Bamberger, les rapports

de l'hippocratisme et de la dilatation des bronches, bien qu'il s'agisse là de cas complexes qui se rattachent plutôt au syndrome de Marie. Les cas d'hippocratisme au cours des pleurésies purulentes sont relativement fréquents (Mousson). On le rencontre aussi souvent dans les emphyèmes compliqués d'insuffisance tricuspiddienne et chez les malades atteints de pneumonie chronique. Mais c'est surtout au cours de la cyanose congénitale ou maladie bleue qu'il se développe au point de devenir l'un des principaux symptômes de cette affection.

C'est un point important qu'ont perdu de vue la plupart des auteurs qui se sont occupés des rapports de l'hippocratisme et de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, par conséquent de la pathogénie du doigt hippocratique, que nous allons maintenant envisager.

A lire les travaux sur la pathogénie du doigt hippocratique, travaux dont le syndrome de Pierre Marie fut surtout le prétexte, on voit en présence deux grandes théories, la théorie toxi-infectieuse et la théorie hémattique.

Dans la théorie toxi-infectieuse, le doigt hippocratique étant considéré comme le premier degré de l'ostéo-arthropathie-hypertrophiante-pneumique, on identifie la pathogénie des deux déformations. La toxine secrétée au niveau du foyer pulmonaire va agir sur les extré-

mités des doigts et crée de toutes pièces les déformations.

La théorie hématique n'est pas comprise de la même façon par tous les auteurs. Les uns soutiennent une théorie purement mécanique.

La gêne circulatoire dans le territoire de l'artère pulmonaire retentit sur la circulation générale, particulièrement sur les vaisseaux des extrémités digitales, qui se dilatent au niveau de la matrice unguéale entraînant le soulèvement de l'ongle mécaniquement.

Les autres soutiennent une théorie mixte. La stase vénieuse produirait une sorte de trouble trophique, par la stagnation des déchets de l'organisme dans les capillaires de la région unguéale.

Critique de ces théories :

1^o Théorie toxi-infectieuse.

Si cette théorie peut servir à expliquer jusqu'à un certain point, certains cas d'hippocratisme au cours de la dilatation des bronches, ou de la pleurésie purulente, et notamment ceux qui ont guéri après la régression de la maladie et les cas de tuberculose pulmonaire avec cavernes et suppuration, elle est en contradiction avec des faits trop importants pour pouvoir être érigée en théorie générale.

Déjà, pour la tuberculose pulmonaire, la théorie toxi-

infectieuse ne peut être invoquée dans les cas où l'hippocratisme est le plus fréquent. L'examen de notre statistique prouve, en effet, que ce sont les cas de tuberculose à marche lente avec emphysème, de tuberculose avec laryngite et de tuberculose avec adhérences pleurales anciennes, où l'hippocratisme est le plus précoce et le plus net. La plupart de ces malades n'avaient, en quelque sorte, que des reliquats tuberculeux, et plus de véritable infection tuberculeuse. Or, dans tous ces cas, c'est plutôt par la gêne respiratoire mécanique que de la toxhémie tuberculeuse que ces malades ont souffert.

Mais c'est surtout lorsqu'on l'applique à la cyanose congénitale, au cours de laquelle on rencontre le type le plus parfait du doigt hippocratique, que cette théorie devient tout à fait inadmissible. Il ne saurait là, en effet, être question d'action toxi-infectieuse et seule une théorie mécanique est soutenable.

2° Théorie mixte. (La théorie mixte se confond avec la théorie toxi-infectieuse).

Ce dernier point est tellement évident que les auteurs qui ont soutenu une théorie hématique à la fois toxique et mécanique du doigt hippocratique, ont voulu le séparer des cyanoses. Cette distinction ne repose sur rien. La limitation de la déformation à la phalange, l'absence de lésions osseuses constatée par la radiographie, l'absence aussi de phénomènes douloureux se voient dans un cas comme dans l'autre. Et d'ailleurs,

ni la misère physiologique (Esbach), ni le ralentissement des oxydations (Galaine), ni l'accumulation des produits de désassimilation (Géraud), ne sont explicitement démontrés par ces auteurs.

3^o Théorie mécanique.

La théorie mécanique a pour elle de très sérieux arguments.

En premier lieu, les quelques données anatomo-pathologiques : elles sont très rares à cause de la difficulté où l'on se trouve de prélever même un doigt au cours des autopsies. Néanmoins, nous savons déjà que Kölliker aurait trouvé des oblitérations vasculaires du lit de l'ongle. Sabrazès aurait constaté une disposition variqueuse du réseau veineux sous-unguéal et de l'hypertrophie du tissu cellulaire. Dans la cyanose congénitale, les auteurs ont signalé la dilatation générale du système veineux, l'hyperplasie de la tunique musculaire des veines et des veinules, la flexuosité des capillaires au niveau des extrémités digitales.

En second lieu, la clinique nous montre qu'outre les 3 groupes de malades tuberculeux chez qui nous avons trouvé cette déformation d'une manière presque constante et les malades hippocratiques non tuberculeux, cyanotiques ou emphysémateux, il existe un lien : la gêne mécanique de la circulation dans le territoire de l'artère pulmonaire. Chez les cyanotiques, la lésion principale étant le rétrécissement de l'artère pulmo-

naire, il y a un certain degré de dilatation du cœur droit, qui retentit sur la circulation générale. On sait combien cette dilatation est fréquente chez les emphyémateux. On comprend qu'il y ait dans nos 3 groupes de tuberculeux, un trouble permanent dans la circulation du réseau péri-alvéolaire.

Le sang arrivant par l'artère pulmonaire ne peut circuler normalement dans ce réseau alvéolaire en contact si intime avec l'endothélium respiratoire, lorsque la mécanique respiratoire est gênée :

1° Soit parce qu'un grand nombre d'alvéoles n'ont pas leur élasticité normale (emphysème, adhérences pleurales anciennes, sclérose pulmonaire);

2° Soit parce qu'un trop grand nombre d'alvéoles sont obstruées par les produits tuberculeux (tuberculose très diffuse d'emblée);

3° Parce que l'air ne peut circuler librement à travers un larynx rétréci. A plus forte raison une adénopathie trachéo-bronchique peut comprimer les vaisseaux, doit influencer sur la production de l'hippocratisme.

Ces lésions amènent donc un certain degré de stase dans l'artère pulmonaire; donc un léger degré de dilatation du cœur droit, déjà noté par Bard dans la tuberculose fibreuse suffit pour amener un ralentissement de la circulation dans la circulation capillaire de régions aussi éloignées que les extrémités digitales. D'ailleurs la disposition anatomique du derme sous-unguéal (abondance des anses vasculaires, tissu cellulo-fibreux dense)

explique encore une prédisposition à la gêne circulatoire à ce niveau. L'importance du trouble mécanique est encore prouvée par ce fait qu'au pied, où il existe une semelle veineuse et où la marche crée une sorte de cœur périphérique, l'hippocratisme des orteils est plus tardif et moins marqué que celui des doigts.

CONCLUSIONS

En résumé :

1° Au point de vue descriptif, le doigt hippocratique n'offre pas un aspect unique, ne se prête pas à une description aussi tranchée que celles de Pigeaux d'une part (type en baguette de tambour), de Trousseau d'autre part (type en massue). Ces deux types existent certainement, mais ils ne sont nets que d'une façon exceptionnelle.

Dans de nombreux cas, la déformation est une combinaison des deux apparences réunies.

La déformation est en rapport constant avec la profession du sujet dans les métiers manuels.

Il existe un troisième type d'hippocratisme léger, donnant simplement l'aspect hippocratique et dû au soulèvement de la matrice unguéale, à la disparition de la lunule, à l'allongement du diamètre antéro-postérieur de l'ongle. Ce type est peut-être le début dans l'évolution déformatrice.

2° Notre statistique étiologique, nous montre comme atteints de doigt hippocratique, une majorité de malades, soit indemnes de tuberculose, soit tuberculeux présentant de la gêne circulatoire et respiratoire, pour une minorité de tuberculeux aigus.

3° Cette statistique nous permet de dire que :

Au point de vue clinique, contrairement à ce que nous sommes accoutumés de lire dans les livres classiques, ce n'est pas chez le tuberculeux banal arrivé à la période cavitare que s'observe surtout le doigt hippocratique, mais chez des tuberculeux de trois ordres présentant :

Soit une tuberculose à foyers très multiples et très étendus et à marche relativement subaiguë;

Soit une tuberculose à marche lente, compliquée d'emphysème, de sclérose pulmonaire, d'adhérences pleurales anciennes;

Soit une tuberculose compliquée de laryngite.

Au point de vue pathogénique et en plein accord avec la clinique, la théorie toxi-infectieuse n'est pas admissible, puisque c'est dans les cas aigus, dans les tuberculoses rapides que l'hippocratisme se rencontre le moins souvent.

La théorie mécanique et hématiche est seule admissible puisque chez la plupart des malades observés on ne rencontre que des tuberculoses à marche lente avec emphysème, laryngite ou adhérences pleurales, toutes

complications gênant mécaniquement la marche du sang. La confusion fâcheuse et injustifiée qui s'est produite ces dernières années entre le doigt hippocratique et l'ostéoarthropathie-hypertrophiante-pneumique ou maladie de Marie, explique seule que l'on ait pu soutenir une théorie toxi-infectieuse qui est certainement inexacte dans la plupart des cas.

VU : *Le Président,*

D^r A. CHANTEMESSE.

VU :

Le Doyen,

DEBOVE,

VU et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,*

L. LIARD.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*personnelle*).

Losson Jacques, 29 ans, typographe, venu le 15 mars 1903 à la consultation médicale Boucicaut.

Malade atteint de tuberculose pulmonaire à foyers multiples avec bronchite diffuse.

Ce malade a été pris, en 1896, d'une bronchite aiguë légère à la suite d'une course en bicyclette; depuis il a eu plusieurs fois des petites bronchites, le tenant une huitaine de jours chez lui, et continuait à tousser dans l'intervalle.

Hémoptysie assez abondante en 1901; de temps en temps quelques filets de sang dans les crachats. En février 1902, à la suite d'un refroidissement, il est obligé de garder la chambre quatre mois, puis de rester deux mois à la campagne. Il avait à ce moment de la fièvre, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, une expectoration purulente parfois striée de sang. Revenu de la campagne en août 1902, il est très amélioré, mais en novembre, la toux, la fièvre, les sueurs reparaissent.

Actuellement, au sommet gauche en avant et en arrière :

Signes de caverne avec souffle, gargouillement. Pectoriloquie aphone.

Au sommet droit en avant et en arrière :

Signes de ramollissement, respiration soufflante, sous-crépitants.

A la base du poumon gauche, foyer de congestion pulmonaire.

Matité avec, à l'auscultation, râles sous-crépitants, râles sibilants et ronflants disséminés, respiration soufflante.

Dans tout le thorax, sibilants et ronflants disséminés.

État général : amaigri, peu d'appétit.

Signes fonctionnels : dyspnée d'effort très marquée, dyspnée même au repos.

Nombre des respirations : 42 (malade debout), un peu de tirage sus-sternal, expectoration jaunâtre, aérée, pas de sang dans les crachats en ce moment.

Rien au cœur. Albumine dans les urines.

Du côté des membres : amaigrissement des avant-bras, rendant plus nette l'augmentation de volume de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras créant un élargissement de la région radio-carpienne. Région carpienne normale.

Les mains sont froides, avec un degré assez marqué de cyanose.

Il existe au niveau des doigts, d'une part, une augmentation de volume des articulations phalango-phalanginiennes, contrastant avec l'amaigrissement très net des phalanges et surtout des phalanges où la peau

est lisse, peu mobile. Cette déformation des articulations est surtout nette au 5^e doigt.

D'autre part, au niveau des phalanges : élargissement très net, avec incurvation de l'ongle surtout marquée pour les 2^e et 3^e doigts. La lésion consiste surtout en élargissement de la phalange dans tous ses diamètres. L'ongle est incurvé, mais peu augmenté de dimension. Au niveau des pieds : déformation du 2^e orteil avec élargissement des articulations et incurvation de l'ongle très nette. Jamais de douleurs dans les membres, pas de déformation des autres os. Pas de cyphose. Le malade ne s'est jamais aperçu de ces déformations avant l'année dernière.

21 mars 1903. — Toujours signes de bronchite diffuse avec foyer à la base gauche en arrière, et aux sommets.

3 avril 1903. — Signes pulmonaires identiques, lésions diffuses, gros foyer de sous-crépitaux au sommet droit. Il se plaint surtout de toux.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. de Jong).

Festard Eugène, 30 ans, journalier.

Malade venu à la consultation médicale de Boucicaut le 9 juin 1903.

Bacillose fibreuse avec dilatation du cœur.

Ce malade avait l'aspect d'un asystolique, œdème des membres inférieurs, gros foie, tachycardie et arythmie.

A l'auscultation de la poitrine, râles sibilants et ronflants mêlés de râles sous-crépitaux aux bases.

On apprend en l'interrogeant qu'il tousse depuis 15 ans, qu'il a eu plusieurs hémoptysies. On est frappé par l'aspect hippocratique de ses doigts : Ongle soulevé à la base et bombant, peau lisse, élargissement de l'ongle dans les 2 diamètres débordant les parties molles. Rien aux os ni aux articulations.

On porte le diagnostic de bacillose fibreuse avec dilatation secondaire du cœur. En effet, le repos et la digitale, le malade ayant été reçu chez M. Letulle, amènent une amélioration considérable.

Revenu le 5 juillet l'œdème a disparu ; le foie reste un peu gros.

Dyspnée légère (30 respirations, 90 pouls).

A l'auscultation, au sommet droit respiration diminuée et soufflante. Bacille de Koch dans les crachats.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. de Jong).

Malade Olga, entre à 3 ans 1/2, le 29 août 1900, dans le service du Docteur Voisin. Morte le 25 juin 1903.

Epilepsie. Débilité mentale.

Dans ses antécédents héréditaires, on note père alcoolique.

que mort de bacillose ; Mère bien portante mais alcoolique. Un frère et une sœur atteints de tuberculose.

Son histoire est la suivante d'après l'observation du service Voisin.

Enfant née à terme ; accouchement laborieux, présentation par le siège.

Nourrie au sein un mois, puis au biberon. A 6 mois début des accès épileptiques, revenant tous les deux mois.

Le 30 octobre 1900 elle entre chez le Docteur Voisin parce qu'elle est atteinte d'idiotie avec accès épileptiques. L'observation prise à cette époque n'insiste que sur l'état mental de l'enfant.

En janvier 1901, broncho-pneumonie aux deux bases.

On note une dyspnée considérable, les pommettes rouges.

Amélioration, mais en avril 1901 nouveaux foyers.

A partir de mai 1901 on ne voit noté dans l'observation que de graves attaques épileptiformes, et une éruption boriquée. Rien ne semble avoir de nouveau attiré l'attention du côté de l'appareil respiratoire jusqu'en février 1903.

A cette époque, l'enfant fut prise de nouveau de dyspnée, de fièvre, de vomissements après des quintes de toux.

A l'examen actuel (mars 1903), on la trouve dans l'état suivant. La face est très cyanosée, la dyspnée très marquée avec léger tirage sus-sternal. La malade à des quintes de toux coqueluchoïdes suivies de vomissements ou plutôt d'expectoration puriforme et glaireuse.

A l'auscultation des poumons — difficile car l'enfant pleure et se défend — on trouve du ramollissement des

deux sommets surtout à droite, avec lésions diffuses des deux poumons.

Il semble qu'il existe un souffle plus net au niveau du hile du côté droit; il existe peut-être de l'adénopathie-trachéo-bronchique que traduit la toux coqueluchoïde; il existe d'ailleurs une circulation collatérale veineuse très marquée à la face antérieure du thorax, de la tête et du cuir chevelu.

On ne trouve rien à l'auscultation du cœur. Pas d'albumine dans les urines. Micropolyadénite périphérique nette.

Du côté des extrémités pas d'œdème, mais des déformations portant sur les doigts et les orteils.

Aux membres supérieurs, très léger élargissement des deux articulations radio-carpiennes.

Aux 5 doigts, les phalangettes seules sont augmentées de volume en battant de cloche, augmentation dans tous leurs diamètres. La peau est lisse, rosée, adhérente. Les ongles bleuis et incurvés.

Rien aux phalanges et aux phalanges.

Les doigts et les ongles sont cyanosés.

Aux pieds, légère déviation en varus équin, déformations identiques à celles des doigts portant sur les deux premiers orteils seulement.

En ce qui concerne la marche de la déformation, on a remarqué dans le service (les surveillants) que les déformations des doigts (qui furent d'abord cyanosés puis se déformèrent ensuite) n'ont commencé qu'après la première broncho-pneumonie en 1901.

C'est seulement en janvier 1903 que sont apparues les lésions des orteils. Pas de déformation du sternum, des clavicules, des omoplates, pas de déformation du

crâne. Léger degré de voussure thoracique. Mais on ne peut examiner l'enfant — très excitée en ce moment — qu'avec peine dans son lit. On ne réveille pas de douleur à la pression des différents os.

Examen bactériologique des matières puriformes que l'enfant rend de temps en temps après des quintes de toux, polynucléaires abondants, fibrine, peu de microbes, (pneumocoques, pneumo-bacille, bacilles de Koch).

Mai 1903. — L'enfant a de la dyspnée et de la cyanose permanentes.

A la face, cette cyanose est plus marquée du côté droit. C'est du même côté que l'on observe les signes thoraciques cavitaires de la région du hile. De temps en temps, poussées fébriles avec, à ce moment, pluie de gros râles sous-crépitants dans toute la poitrine.

Juin 1903. — L'enfant qui a continué à être fébrile et qui est de plus en plus dyspnéique meurt après avoir présenté de l'œdème du côté droit du thorax et de la tête.

Autopsie. — Infiltration tuberculeuse des deux poumons avec granulations caséuses; caverne à un des sommets; à la base aspect de pneumonie caséuse. Augmentation de volume considérable des ganglions trachéo-bronchiques surtout du côté droit expliquant les signes de compression observés pendant la vie. Il a été impossible d'avoir un doigt.

OBSERVATION IV.

Pasques Paul, 27 ans, employé de ministère, venu le 14 avril 1903.

Doigts hippocratiques typiques. Tuberculose avec laryngite.

A l'âge de 5 ans a eu une coxalgie, avec abcès, a guéri, mais a gardé une luxation iliaque sans ankylose. Depuis il se portait très bien jusqu'à décembre 1902 où il commence à tousser et à avoir des douleurs laryngées. Jamais d'hémoptysie, pas de pleurésie.

Depuis janvier 1903, perte d'appétit, diminution des forces, amaigrissement, souffre surtout de la gorge, la voix se voilait par moments.

Actuellement. — Ramollissement du sommet droit, dyspnée d'effort assez considérable. Respirations (debout), 30.

Déformations des doigts. — Cyanose habituelle.

Angle hippocratique typique, à tous les doigts.

La déformation porte surtout sur l'ongle qui est bombé et recourbé. L'augmentation de l'ongle existe surtout dans le diamètre antéro-postérieur, augmentation plus apparente que réelle, peut-être à cause de l'extension des phalangettes.

Au niveau de la phalangette : état lisse de la peau ; pas de déformation des articulations des doigts ou de l'articulation radio-carpienne. Légère extension de la phalangette.

OBSERVATION V (*personnelle*).

Merville, 28 ans, cocher-livreur, venu le 29 mars 1903.

Tuberculose 3^e degré; lésions diffuses (dyspnée); hip-pocratisme type baguettes de tambour.

Le malade qui n'a aucun autre antécédent personnel a commencé à tousser, et à maigrir il y a 3 ans avec diarrhée, troubles dyspeptiques, et dyspnée très marquée dès le début; il n'a jamais eu d'hémoptysie.

En juin 1901, pleurésie qui le retient un mois au lit.

Actuellement il se présente avec une dyspnée assez marquée, respirations 34; il a même un léger tirage sus-sternal; pouls 120.

Cyanose du nez et des extrémités.

A l'examen, thorax aplati. En avant, au sommet gauche : matité, inspiration rude, quelques craquements.

Au sommet, à droite, respiration soufflante; sibilances disséminées en arrière au sommet gauche; signes cavitaires nets sommet droit : signes de ramollissement plus nets qu'en avant.

A la base droite. — Diminution du murmure vésiculaire, nette, due à la pleurésie ancienne.

Rien au cœur.

Au niveau des mains. — Doigts allongés avec élar-

gissement de la phalangette qui est augmentée de volume dans tous ses diamètres, rétrécissement de la phalangine ; augmentation de volume des articulations phalango-phalangiennes. La peau est lisse au niveau de la phalangette. Les ongles sont incurvés et striés. Le type « baguette de tambour » est le plus net au 3^e doigt de la main droite.

Rien aux pieds et au niveau des autres os ou articulations.

OBSERVATION VI.

Gaboriau, charpentier, 39 ans, venu consultation médicale le 18 mars 1903.

Le malade tousse depuis l'âge de 17 ans tous les hivers.

Son état s'est aggravé depuis novembre 1902. Signes généraux classiques de tuberculose (expectoration : signes d'induration) à forme fibreuse aux deux sommets. Léger hippocratisme.

OBSERVATION VII.

Gaston, 44 ans, scieur venu le 8 octobre 1902.
Tuberculose, emphysème, hippocratisme.

La femme est morte de bacillose en 1897.

Le malade a fait de fréquents séjours à l'hôpital depuis 1900.

La première fois, considéré comme emphysémateux, il entre au Pavillon A. Les autres fois (juin 1901, février 1902, juin 1902), il rentre pour des signes généraux de tuberculose ; il est placé au Pavillon B, puis reste 2 mois à Necker à la suite d'une hémoptysie. Depuis son dernier séjour, il est resté extrêmement dyspnéique et ne peut plus travailler régulièrement. C'est surtout un dyspnéique, avec signes d'emphysème à l'auscultation. Expectoration abondante, à polynucléaires nombreux, rares bacilles de Koch.

Les doigts sont déformés en baguette de tambour.

OBSERVATION VIII.

Bajette, 18 ans, marchand de volaille, venu le 8 octobre 1902.

Tuberculose cavitaire, laryngite, hippocratisme au début, cyanose. Le malade a eu des rhumatismes articulaires à 7 ans et 13 ans. A 14 ans épидidymite bacillaire et castration. Puis laryngite tout l'hiver qui semblait guérie.

Au mois de juillet 1902, le malade présente des signes généraux, anorexie, fièvre, etc... et il arrive à la consultation avec des signes cavitaires à droite au sommet, des signes d'induration à gauche. Les doigts sont allongés, l'ongle bombé, pas d'hypertrophie des parties molles.

OBSERVATION IX.

Campreli Louis, 45 ans, maçon.

Adenites tuberculeuses, arterio-sclérose, sommets suspects.

Doigts hippocratiques au début.

Ce malade venait à l'hôpital pour ses ganglions du cou. On avait dû inciser l'un d'eux l'année auparavant, mais la cicatrisation avait été rapide. Les ganglions cervicaux sont augmentés ; les ganglions périphériques sont tous perceptibles ; la rate est augmentée de volume. A l'auscultation, on trouve une diminution du murmure vésiculaire partout. Les artères périphériques sont dures et le 2^e bruit à la base est clangoreux.

Pas de signes fonctionnels. Les doigts commencent à prendre l'aspect hippocratique (surtout les 2^e et 3^e). Le malade a des doigts carrés et gros.

OBSERVATION X

Arnault, 24 ans, boucher, venu le 27 avril 1903.

Bacillose fibreuse, cyanose, hippocratisme au début.

Ce malade revient des colonies où il est resté soldat pendant 3 ans 1/2. Dans ses antécédents : fièvre

typhoïde à l'âge de 7 ans. Aux colonies il a eu la dysenterie et des attaques de fièvre palustre. Il y a 6 mois il commença à tousser, à être dyspnéique en même temps qu'il présentait de la diarrhée.

Examiné on diagnostiqua chez lui une bronchite (?) et il fut réformé temporairement. Depuis son retour en France, il y a 3 mois, il continue à tousser, à avoir une dyspnée d'effort très marquée, des sueurs abondantes, de la diarrhée. C'est pour cela qu'il demande à entrer à l'hôpital.

Le malade est maigri : il a le thorax plat avec clavicles saillantes ; son périmètre thoracique est de 78 centimètres, taille 1 m. 59. La projection antéro-postérieure du thorax au niveau du mamelon est de 13 centimètres.

A l'auscultation du poumon, on note en avant sommet droit, diminution du murmure vésiculaire, quelques râles bronchiques ; sommet gauche, inspiration un peu humée, avec une respiration diminuée, submatité, augmentation des vibrations.

En arrière, diminution considérable du murmure vésiculaire surtout dans toute la hauteur du poumon gauche.

On entend quelques sous-crépitations disséminés surtout à gauche. Le sommet gauche est mat. Le silence respiratoire est absolu dans l'aisselle surtout à gauche.

Le malade n'a pas eu de pleurésie. Il présente de plus de la cyanose des extrémités du nez et des oreilles. Respirations 42 sur le malade debout. Il existe de la tachycardie. Pouls 120. Pas de splénomégalie appréciable, foie un peu gros et douloureux.

Du côté des doigts, déformation des 2^e et 5^e doigts

surtout; ongle légèrement bombé, strié, mais petit, débordé par les parties molles d'une phalangette augmentée de volume.

Cas légers d'hippocratisme.

OBSERVATION XI

Pierre, 71 ans, venu le 11 mars 1903.

Emphysème, rétrécissement mitral.

Elargissement de la phalangette sans déformation des ongles; flexion légère de la phalangette sur la phalangine au niveau de l'annulaire gauche.

OBSERVATION XII

Fauquet Victor, 46 ans, électricien.

Emphysémateux en hyposystolie.

Malade qui a une série de crises dyspnéiques depuis une vingtaine d'années après de nombreuses bronchites négligées, la première ayant été contractée il y a 23 ans au régiment; jamais d'hémoptysie. Excellent état général. Le malade n'a jamais dû s'arrêter de travailler, mais a toujours eu de la dyspnée d'effort jusqu'aujourd'hui où elle est très marquée.

Le malade est extrêmement cyanosé, le cœur bat très rapidement et est un peu irrégulier, dédoublement inconstant aux foyers de la tricuspide. Le foie est augmenté de volume, la langue sale. A l'auscultation du poulmon, signes classiques et généralisés d'emphysème.

Déformation des ongles surtout aux 2^e, 3^e et 5^e doigts; la déformation porte uniquement sur l'ongle qui est très convexe, en verre de montre. Les phalangettes ne sont pas élargies.

OBSERVATION XIII

Pelin Lucien, 39 ans.

Hémoptysies, tuberculose 2^e degré, hippocratisme, fièvre typhoïde (?) et pleurésie en 1834 au Tonkin.

Depuis deux ans, maigrit, s'affaiblit, devient dyspnéique au moindre effort. Il y a 2 ans, hémoptysie et depuis crache du sang deux à trois fois par mois.

Auscultation : lésions en voie de ramollissement au sommet droit en avant et en arrière. La respiration reste très affaiblie à la base, du côté de sa pleurésie ancienne, dyspnée d'effort, respirations 23.

Au niveau des mains, rétrécissement de la phalange, dilatation de la phalangette. Ongles incurvés en verre de montre; lésions surtout nettes aux 2^e, 3^e, 4^e doigts. Rien aux autres doigts.

OBSERVATION XIV

Pranger Lucien, 32, ans, venu le 2 avril 1903.

Tuberculose 1^{er} degré à gauche, 2^e degré à droite; très légère déformation portant sur les phalangettes augmentées de volume avec ongles friables, cassés. Le malade qui a de la laryngite n'est pas dyspnéique habituel.

OBSERVATION XV.

Félix Antoine, 54 ans, venu le 25 mars 1903.

Bronchite simple chez un emphysémateux probablement tuberculeux. Lésion des ongles.

Bronchite répétée depuis 15 ans, petite hémoptysie il y a trois ans. Vient aujourd'hui pour un traumatisme costal très dyspnéique à cause de la douleur.

Ce malade se plaint d'avoir toujours été très dyspnéique « même quand il se baisse pour lacer ses souliers. »

A l'auscultation : bruit de tempête, signes nets d'emphysème avec respiration et expiration très rudes au sommet.

Les extrémités sont cyanosées (mains, nez); les phalanges sont fléchies, les ongles en bec de perroquet sans augmentation de volume de la phalangette.

Les lésions des ongles sont les plus nettes aux 2^e 3^e 5^e doigts. Varices très marquées des membres inférieurs, pas d'albumine.

Examen des crachats. Fibrineux, avec filaments de mucus très abondants, et polynucléaires très nets et abondants. Infinité de petits cocci, ressemblant au bacille de l'influenza. Le gram révèle des pneumocoques nombreux. Pas de bacilles de Koch dans la préparation.

OBSERVATION XVI.

Robert Armand, 38 ans, meunier, venu le 28 mars 1903.

Bronchite chronique professionnelle? phénomènes aigus passagers, déformation des ongles.

Bronchite diffuse avec à la base droite foyer de gros sous-crépitaux humides. Ce malade tousse tous les ans en mars pendant quelques semaines depuis 8 ans. Jamais d'hémoptysie; pas de dyspnée habituelle. Il y a 15 jours a eu frissons, fièvre, expliqués par son petit foyer de bronchite aiguë.

Les ongles sont striés, incurvés, surtout au pouce. Les lésions existent au niveau des 1^{er} et 4^{er} doigts de la main droite, des 2^e, 3^e, 5^e de la main gauche. Rien aux phalangettes elles-mêmes.

L'examen des crachats montre des bacilles ressemblant au Pfeiffer; filaments muqueux; pas le Koch, pas de grains d'amidon.

OBSERVATION XVII.

Charol 33ans, ^{l'}ouvrier caoutchoutier, venu le 8 avril 1903.

Tuberculose diffuse à marche rapide; déformation des ongles. Il y a 2 mois 1/2 seulement qu'auraient débuté les accidents pulmonaires. L'interrogatoire serré ne révèle aucun antécédent ancien, le malade insiste sur son bon état de santé antérieur.

Actuellement ramollissement bilatéral des sommets avec bronchite diffuse (sous-crépitaⁿts, un foyer à la base droite). Dyspnée d'effort et légère dyspnée permanente, respirations 24.

Main droite. — Ongles en verre de montre, plus marqué au pouce et au 5^e doigt, déformation portant uniquement sur l'ongle qui débord^e la phalangette.

Main gauche. — Au pouce convexité marquée de l'ongle, cyanose des mains, du nez et des oreilles.

Observations prises à l'asile national des convalescents de Saint-Maurice.

OBSERVATION XVIII.

Alphonse Jodet, 31 ans cocher.

Commence à tousser, il y a 8 ans, au régiment, à la

suite des manœuvres. Depuis tousse tous les hivers. Son aspect général est satisfaisant, mais il se plaint d'être essoufflé au moindre effort. Actuellement il a debout et au repos 33 respirations. En bas et à droite, zone submate à la percussion, murmure vésiculaire très diminué en ce point, mais le malade ne se souvient pas d'avoir été traité pour une pleurésie.

Partout ailleurs sonorité à la percussion, respiration affaiblie, cyanose légère du nez et des oreilles, pas de signes des sommets, dilatation du cœur droit.

Aux doigts, type baguette de tambour surtout marqué aux 2^e et 3^e de la main droite. Presque rien à la main gauche (déformation de l'ongle du 2^e doigt).

Au pied déformation légère de l'ongle aux 2^e et 3^e orteils, striation longitudinale mais courbure très peu accusée.

Ne s'est aperçu que depuis 2 ans de la déformation aux doigts seulement.

OBSERVATION XIX.

Isaïe, 48 ans, scieur de long.

A quitté depuis 3 ans son métier à cause de l'essoufflement et des rhumes incessants qu'il attribue à ce qu'il travaille en plein air. Est entré à l'hôpital avec les jambes enflées, n'urinant plus. On lui a donné de la digitale et on l'a mis au lait. Il va mieux maintenant et se plaint seulement que l'essoufflement n'a pas disparu, mais il ne s'en ressent qu'en montant les escaliers et parfois la nuit.

A l'examen : respiration normale. Percussion : sonorité de tout le poumon. Auscultation : expiration prolongée. Rien aux sommets. Aucune trace de pleurésie. Ne tousse pas.

Au cœur rétrécissement mitral assez accusé.

Doigts légèrement déformés : phalangette plus élargie ; l'ongle est très recourbé et strié. Il s'est aperçu tout récemment de sa déformation.

OBSERVATION XX.

Nicolino Gaspard, 45 ans, terrassier.

Depuis 15 ans tousse fréquemment sans s'en préoccuper, n'a jamais craché de sang : il est gras et bien portant au point de vue général, très dyspnéique, respirations 39. Les doigts et les oreilles sont cyanosés. Pas de pleurésie. A toujours continué son travail. Le périmètre thoracique est augmenté ; le thorax entier est en tonneau ; l'amplication n'offre que 3 centimètres à l'inspiration forcée. A l'auscultation : signes d'emphysème. Le cœur est rapide et l'on perçoit un bruit de dédoublement dont le maximum semble être au foyer tricuspide. Les 2^e et 3^e doigts des deux mains sont un peu déformés, pulpe légèrement débordante, ongles en verre de montre. N'a jamais attaché d'importance à sa déformation.

OBSERVATION XXI.

Gérard Noé, 69 ans, employé aux tramways.

Toujours bien portant en été. Chaque hiver, bronchites

qui durent jusqu'à la fin du printemps. Cet état a commencé il y a près de 30 ans, à la suite d'un froid dit-il ? très essoufflé au moindre effort, crache beaucoup. A l'auscultation : gros râles de bronchite aux 2 bases ; râles ronflants et sibilants. En haut respiration lente et affaiblie ; sonorité à la percussion.

A la base droite, une plaque assez large de submatité avec quelques frottements et diminution du murmure vésiculaire nous fait penser à une possibilité de pleurésie. Le malade déclare en effet avoir été en 1900 à l'hôpital où on l'a ponctionné. Il crache beaucoup.

L'essoufflement est tel au moment de nos différentes tentatives d'auscultation du cœur que l'on ne peut se rendre compte de son état ; il y a de la cyanose des extrémités. Les 2^e, 3^e et 5^e doigts sont très déformés. L'ongle est un peu bombé ; mais la phalange est considérablement augmentée de volume et débordé en un bourrelet très saillant.

Il fait remonter sa lésion à une dizaine d'années ; elle ne le gêne nullement dans l'exercice de sa profession.

149

